

Teilnahmekarte Untersuchungskurs

**Teilleistung des Leistungsnachweises
Blockpraktikum Innere Medizin**

WS 2018/19

Kurszeitraum

14. Januar bis 08. Februar 2019

Name, Vorname: _____

Kursgruppe: _____

Matrikelnummer: _____

Fachgebiet	Station u. Name d. Arztes	Unterschrift u. Stempel d. Arztes	Datum
Innere 1			
Innere 2			
Innere 3			
Innere 4			
Innere 5			
Neurologie/ Neurochirurgie 1			
Neurologie/ Neurochirurgie 2			
HNO			
Augenheilkunde 1			
Augenheilkunde 2			
Dermatologie			
Pädiatrie 1			
Pädiatrie 2			
Traumatologie/ Orthopädie			
Chirurgie			

Teilleistung Blockpraktikum Innere Medizin

Untersuchungskurs

Name und Unterschrift Lernklinik		Stempel	Datum	Note
Erstantritt				
1. Wiederholung				
2. Wiederholung				

Der **Untersuchungskurs** wird mit einer mündlich-praktischen Prüfung OSCE (Objective Structured Clinical Examination) abgeschlossen. Diese ist eine Teilleistung vom Leistungsnachweis Innere Medizin. Bei Nichtbestehen folgt eine 1. Wiederholungsprüfung bzw. 2. Wiederholungsprüfung in Form eines OSCEs im jeweils darauffolgenden Kalenderjahr.

Bitte unbedingt beachten, dass Sie **Stempel und Unterschrift** des Arztes bzw. Stempel der Einrichtung und Unterschrift des Arztes vorweisen können.